



**You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Opór w terapii psychodynamicznej dorosłych, dzieci i młodzieży

Author: Aleksandra Wieteska

Citation style: Wieteska Aleksandra. (2017). Opór w terapii psychodynamicznej dorosłych, dzieci i młodzieży. "Chowanna" (T. 2, (2017), s. 57-70).



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Aleksandra Wieteska

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Opór w terapii psychodynamicznej dorosłych, dzieci i młodzieży

Wprowadzenie

Współcześnie obserwujemy wzrost zainteresowania usługami terapeutycznymi oraz większą akceptację społeczną leczenia zaburzeń psychicznych w ramach psychoterapii. Równocześnie dostrzegalna jest potrzeba posiadania wiedzy terapeutycznej przez pedagogów oraz innych specjalistów wspierających rozwój dorosłych, dzieci i młodzieży. Towarzyszy temu wzrost świadomości istnienia różnych zjawisk w procesie terapeutycznym oraz popularyzacja terminów psychoanalitycznych w praktyce pedagogicznej oraz przestrzeni społecznej.

Psychoterapia psychodynamiczna jest z powodzeniem stosowana w leczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Już Zygmunta Freud opisał przypadek leczenia cierpiącego na zaburzenia lękowe małego Hansa, w którego terapii uwzględnił jego relacje z rodzicami¹. Współcześnie zarówno w Polsce, jak i na świecie psychodynamiczna terapia ma zastosowanie wobec dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, doświadczającymi traumy, z chorobami psychosomatycznymi i dzieci z chorobami przewlekłymi². Terapie zorientowane psychodynamicznie są pomocne w leczeniu zaburzeń u dzieci, które

¹ Z. Freud: *Dwie nerwice dziecięce*. Przeł. R. Reszke. Warszawa: Wydawnictwo KR, 2000.

² K. Walewska: *Dziecko w terapii psychoanalitycznej*. W: *Dziecko w terapii*. Red. K. Walewska. Warszawa: MediPage Sp. z o.o., 2008, s. 13–28.

doświadczyły tzw. parentyfikacji, czyli odwrócenia ról w rodzinie, oraz wszelkich zaburzeń w rozwoju obrazu ciała³.

Rozumienie oporu w terapii psychodynamicznej

Opór to jedno z podstawowych zagadnień w teorii i praktyce psychoterapii psychodynamicznej. Pojęcie to jest używane przez wielu profesjonalistów w odniesieniu do wszelkich form braku współpracy pacjenta z terapeutą. Jeffrey A. Kottler definiuje opór jako „wszelkie działania podejmowane – świadomie lub nieświadomie – przez klienta, które mają zapobiec, unieważnić lub w inny sposób nie dopuścić do postępów w terapii”⁴. Według słownika psychoanalizy, opór to „wszystkie działania pacjenta, które utrudniają dostęp do nieświadomości”⁵. Ojciec psychoanalizy Zygmunta Freud opisywał opór jako zjawisko towarzyszące psychoterapii na każdym kroku. Rozumiał opór jako siły, które przeciwstawiają się wysiłkom terapeuty zmierzającym do wyleczenia pacjenta⁶. Magdalena Nieniewska i Andrzej Kokoszka rozumieją opór jako trudności, których doświadcza pacjent w procesie psychoterapii. W efekcie pacjent przeciwstawia się oddziaływaniom terapeutycznym, które mają prowadzić do wglądu w zachowanie, a w konsekwencji do jego zmiany⁷. Opór, w rozumieniu psychoanalityków, ma charakter intrapsychiczny, ale także może być odczuwany interpersonalnie – jako ochrona przed wpływem drugiej osoby⁸. Doświadczenie oporu pojawia się w związku z przybliżaniem się pacjenta do nieświadomych konfliktów i blokuje możliwość swobodnej ekspresji emocji i myśli związanych z problematycznym obszarem w życiu pacjenta. Opór jednak zapewnia jednostce także ochronę przed napięciem i dyskomfortem wynikają-

³ K. Schier: *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2014.

⁴ J.A. Kottler: *Opór w psychoterapii*. Przeł. A. Rozadowska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2003, s. 19.

⁵ S. Fhanér: *Słownik psychoanalizy*. Przeł. J. Kubitsky. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1996, s. 147.

⁶ Z. Freud: *Technika terapii*. Przeł. R. Reszke. Warszawa: Wydawnictwo KR, 2007.

⁷ M. Nieniewska, A. Kokoszka: *Psychoanalityczna psychoterapia wglądowa*. W: *Wprowadzenie do psychoterapii*. Red. A. Kokoszka, P. Drozdowski. Kraków: Akademia Medyczna im. Mikołaja Kopernika w Krakowie, 1993, s. 89–96.

⁸ N. McWilliams: *Psychoterapia psychoanalityczna. Poradnik praktyka*. Przeł. A. Sawicka-Chrapkiewicz. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, 2011.

cym z dopuszczenia do siebie bolesnych uczuć tkwiących u podłoża problemów.

Opór w procesie leczenia najczęściej manifestowany jest w takich zachowaniach pacjenta, jak: milczenie, niechęć do poruszania ważnych problemów, rozmowy przez dłuższy czas na tematy niezwiązane z terapią, poruszanie ważnych treści bez emocjonalnej ekspresji, spóźnianie się na sesję lub zapomnianie o nich⁹. Akira Otani w swojej klasyfikacji przedstawia różne przejawy oporu: zastępowanie komunikacji milczeniem, unikanie istotnych treści, manipulowanie przebiegiem rozmowy oraz łamanie reguł psychoterapii¹⁰.

Zdaniem psychoanalityków, jest wiele źródeł oporu. Opór pacjenta może wynikać z mechanizmów obronnych, reakcji przeniesieniowej, może być związany z wtórnymi zyskami z choroby lub wynikać ze struktury *id* lub *superego* pacjenta¹¹. Pacjent nie jest świadomy oporu ani jego przyczyn.

Przede wszystkim opór w psychoterapii wiąże się z mechanizmem obronnym – wyparciem, które dąży do utrzymania nieświadomych impulsów, lęków i pragnień poza świadomością. Gdy nieuświadomione problemy są analizowane, następuje mobilizacja mechanizmów obronnych w celu zmniejszenia lęku i utrzymywania go poza świadomością pacjenta. Mechanizmy obronne są swoistym sposobem radzenia sobie z trudnościami, wykształconym przez osobę w ciągu jej całego życia. Jak pisze Nancy McWilliams, mechanizmy te są tak indywidualne, jak odcisk palca lub głos¹². Mechanizmy obronne manifestowane przez opór mają znaczenie diagnostyczne w procesie psychoterapii. Rodzaj stosowanych mechanizmów obronnych wskazuje na poziom zorganizowania osobowości pacjenta i głębokość jego problemów psychicznych¹³. Analitycy dzielą mechanizmy obronne na prymitywne i dojrzałe¹⁴. Poznanie mechanizmów obronnych pacjenta oraz zmiana prymitywnych mechanizmów obronnych na bardziej

⁹ L. Grzesiuk: *Procesy i zjawiska w psychoterapii*. W: *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*. Red. M. Grzesiuk, H. Suszek. Warszawa: Eneteia, 2005.

¹⁰ A. Otani: *Client Resistance in Counseling. Its Theoretical Rationale and Taxonomic Classification*. „Journal of Counseling and Development” 1989, vol. 67, s. 458–461.

¹¹ L. Grzesiuk: *Procesy i zjawiska w psychoterapii*...

¹² N. McWilliams: *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*. Przeł. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2012.

¹³ G.O. Gabbard: *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna. Wprowadzenie*. Przeł. W. Turopolski. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2010.

¹⁴ Ibidem.

konstruktywne wymaga często długotrwałej psychoterapii. Badania pokazują, że uczestniczenie w długotrwałej psychoterapii wiąże się ze zmianą mechanizmów z prymitywnych na bardziej dojrzałe¹⁵. Ponadto ocena mechanizmów obronnych pacjenta lub wychowanka pełni ważną rolę nie tylko w procesie psychoterapii, lecz także w toku innych interwencji psychologicznych i pracy pedagogicznej¹⁶.

Wstrzymywać analizę nieświadomych problemów w procesie psychoterapii może również reakcja przeniesieniowa pacjenta, której zbadanie stanowi podstawowe narzędzie pracy terapeuty psychodynamicznego. Przeniesienie rozumiane jest jako nieświadoma reakcja pacjenta na osobę terapeuty aktywizowana poprzez wczesnodziecięce doświadczenia z osobami znaczącymi¹⁷. Analiza przeniesienia przyczynia się do zrozumienia nieświadomych konfliktów pacjenta, związanych z jego doświadczeniami z bliskimi osobami. Bywa tak, że reakcja przeniesieniowa wzmacnia opór i hamuje analizę¹⁸. Na przykład przeniesienie u pacjentów z obsesjami charakteryzuje się potrzebą kontrolowania terapii, podejmowania tylko wybranych tematów, trudnościami w spontanicznym mówieniu, zwłaszcza na temat emocji, stosowaniem uników przed interwencjami terapeuty. Pacjent sprawia wrażenie, jakby „nie angażował się w terapię”¹⁹. Przeniesienie u pacjentów z depresją charakteryzuje się doświadczeniem poczucia porzucenia i pragnieniem bliskości z terapeutą. W efekcie pacjenci chorujący na depresję idealizują terapeutę; bywa też, że obsadzają terapeutę w roli krytycznego i odrzucającego rodzica – wówczas odczuwają złość i rozczarowanie.

Opór pacjenta może być związany z doświadczeniem przez niego zysków z choroby. Objawy choroby redukują lęki i napięcie psychiczne związane z konfliktami wewnętrznymi, co pozwala na niekonfrontowanie się z głównym źródłem cierpienia. Motywy te nazywane są pierwotnymi zyskami z choroby. Wtórne zyski z choroby obejmują pozytywne doświadczenia związane z sytuacją choroby, na przykład otrzymywanie pomocy ze strony innych, zwolnienie z obowiązków rodzinnych i zawodowych.

¹⁵ T.R. Olson et al.: *Addressing and Interpreting Defense Mechanisms in Psychotherapy. General Considerations*. „Psychiatry” 2011, vol. 2 (74), s. 142–167.

¹⁶ A. Seredyńska: *Mechanizmy obronne w diagnozie psychodynamicznej i pedagogicznej*. Kraków: Akademia Ignatianum–Wydawnictwo WAM, 2015.

¹⁷ G.O. Gabbard: *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna...*

¹⁸ L. Grzesiuk: *Procesy i zjawiska w psychoterapii...*

¹⁹ R.F. Summers, J.B. Barber: *Teoria psychodynamiczna w praktyce. Studia przypadków*. Przeł. J. Gilewicz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2016.

Opór płynący z id pacjenta to tendencja do rozładowywania napięcia psychicznego przez dobrze znane, nieprzystosowawcze sposoby. Struktury popędowe pacjenta skłaniają go do korzystania z objawów chorobowych w celu utrzymywania równowagi psychicznej i wzmagają opór przed zmianą oraz wypracowaniem nowych, bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie z napięciem psychicznym. Przełamanie tego rodzaju oporu wymaga przepracowania, czyli wielokrotnego uświadamiania sobie przez pacjenta, że stosowanie starych sposobów radzenia sobie z lękiem jest nieskuteczne. Opór płynący z *superego* pacjenta przybiera formę poczucia winy. Ujawnianie różnych informacji o sobie w trakcie psychoterapii wzbudza poczucie winy pacjenta, co z kolei wzmacnia jego opór przed zmianą.

Praca z oporem w psychoterapii dorosłych

Analiza oporu, obok analizy przeniesienia i przeciwprzeniesienia, stanowi jeden z podstawowych elementów pracy terapeuty psychodynamicznego²⁰. Praca z oporem podejmowana jest na różnych etapach psychoterapii: od kwalifikacji pacjenta do terapii i jego diagnozy, poprzez stosowanie podstawowych technik terapeutycznych podczas terapii, aż do superwizji psychoterapeuty.

We współczesnej psychoterapii psychodynamicznej przywiązuje się dużą wagę do etapu diagnozy i kwalifikowania pacjenta do tego rodzaju terapii. Ocena stanu pacjenta powinna uwzględniać biopsychospołeczne czynniki rozwoju zaburzenia oraz służyć ustaleniu, czy terapia psychodynamiczna będzie odpowiednim leczeniem objawów klinicznych pacjenta²¹. Wywiad z pacjentem musi uwzględniać nie tylko poziom jego osobowości, mechanizmy obronne, poziom zdolności do refleksji, współpracy w dochodzeniu do rozumienia tego, co się dzieje w terapii. Zdaniem Nancy McWilliams, wprowadzenie jednostki w rolę pacjenta i uzmysłowienie jej, jakie interakcje występują w początkowej fazie terapii, może prowadzić do zmniejszenia oporu i poprawienia jakości współpracy z psychoterapeutą²². Zapoznanie pacjenta z procesem terapeutycznym na etapie kwalifikacji do terapii i przedstawienie, czego jednostka może się spodziewać w roli pacjenta, zapewnia lepszą współpracę, pozwala łatwiej radzić sobie z oporem

²⁰ P. K u t e r: *Współczesna psychoanaliza*. Przeł. A. U b e r t o w s k a. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000.

²¹ G. O. G a b b a r d: *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna...*

²² N. M c W i l i a m s: *Psychoterapia psychoanalityczna...*

i sprzyja większej efektywności psychoterapii. Dowodzą tego badania empiryczne na temat efektywności psychoterapii²³.

Terapeuta nie powinien traktować oporu jako wroga terapii. Zadaniem terapeuty jest zgłębić opór pacjenta, zastanowić się, jakie konflikty, fantazje i mechanizmy obronne są ukryte pod zachowaniami związanymi z oporem²⁴. Zamiast walczyć z oporem, terapeuta powinien empatycznie go rozumieć. Analizie oporu służą podstawowe techniki terapeutyczne: klaryfikacja, konfrontacja i interpretacja²⁵. Klaryfikacja to technika polegająca na objaśnieniu kwestii, która jest niejasna. Poprzez klaryfikację terapeuta może spróbować wyjaśnić lub sparafrazować motywy i afekty, które wstrzymują pacjenta przed zmianą²⁶. Konfrontacja polega na skierowaniu uwagi pacjenta na coś, czego ten nieświadomie unika²⁷. Poprzez konfrontację terapeuta może wskazać zachowania, które świadczą o oporze pacjenta, i skłonić go do refleksji na ten temat. Gdy pacjent spóźnia się i często odwołuje sesje, terapeuta może mu powiedzieć, że terapia nie jest możliwa bez jego udziału²⁸. Pacjentów, którzy prezentują opór poprzez ucieczkę w zdrowie, można skonfrontować z faktycznie uzyskanymi celami w psychoterapii oraz empatycznie skłonić do podjęcia refleksji na temat ich własnego samopoczucia²⁹. Interpretacja jest najbardziej ekspresyjną techniką psychoterapeutyczną, zapewniającą pacjentowi wgląd i zrozumienie oraz zawierającą aspekt wyjaśniający³⁰. Polega na uświadomieniu pacjentowi tego, co ma on nieuświadomione, poprzez wyjaśnienie znaczenia w jego życiu powtarzających się wzorów zachowań. Zastosowanie interpretacji jest możliwe na pewnym etapie leczenia, kiedy to terapeuta dysponuje głębszym rozumieniem problemów pacjenta, a pacjent jest w stanie przyjąć interpretację bez większego oporu. Aby terapeuta mógł uniknąć postawy autorytatywnej, może podawać interpretację jako pewną możliwość zrozumienia problemów pacjenta, do której pacjent może się odnieść³¹. Interpretacja przeniesienia jest wskazana, gdy reakcja przeniesieniowa pacjenta uniemożliwia zmianę.

Ważnym narzędziem pracy terapeuty z oporem pacjenta jest superwizja. Superwizja to ustrukturalizowany i formalny układ między

²³ M. Cooper: *Efektywność psychoterapii*. Przeł. A. Wilkin-Day. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2010.

²⁴ G.O. Gabbard: *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna...*

²⁵ L. Grzesiuk: *Procesy i zjawiska w psychoterapii...*

²⁶ Ibidem.

²⁷ G.O. Gabbard: *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna...*

²⁸ Ibidem.

²⁹ Ibidem.

³⁰ S. Fhanér: *Słownik psychoanalizy...*

³¹ G.O. Gabbard: *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna...*

doradcą psychologicznym lub psychoterapeutą a innym doświadczonym terapeutą pełniącym funkcje superwizora³². Celem superwizji jest poprawa efektywności leczenia oraz wsparcie rozwoju umiejętności zawodowych terapeuty. W procesie superwizji terapeuta może lepiej zrozumieć różne aspekty komunikacji z pacjentem oraz jego nieświadome mechanizmy obronne i inne źródła oporu. Otwarte dzielenie się z superwizorem trudnościami w procesie terapii, również tymi wynikającymi z oporu pacjenta, pozwala na lepsze zaplanowanie interwencji terapeutycznych, zapewnia odreagowanie trudnych emocji związanych z prowadzeniem terapii oraz zapobiega wypaleniu zawodowemu. Superwizja pozwala na przełamanie impasu terapeutycznego, a w związku z tym na skuteczne prowadzenie procesu leczenia³³.

Korzystanie z superwizji może być także skuteczną metodą działania w pracy pedagoga. Badania prowadzone przez Annę Seredyńską wykazały, że doświadczenie superwizji wśród pedagogów było pomocne w ich rozwoju zawodowym: umożliwiało lepsze zrozumienie ludzi i ich problemów, zwiększało zaangażowanie pedagogów w sprawy podopiecznych oraz budowało profesjonalną wiarę w siebie³⁴.

Opór w psychoterapii psychodynamicznej dzieci

Psychoterapia dzieci i młodzieży jest związana z uczestnictwem rodziny w procesie leczenia. Psychoterapeuci pracujący z dziećmi spotykają się w swojej pracy z oporem małych pacjentów, a także z oporem ich rodziców. Problematykę analitycznej terapii dzieci i młodzieży eksplorowały w swoich badaniach Anna Freud i Melanie Klein. Obie badaczki miały nieco odmienne poglądy na temat pracy terapeutycznej z dzieckiem. Melanie Klein uważała, że psychoterapia dziecka nie różni się zbytnio od terapii człowieka dorosłego. W przypadku zarówno dorosłych, jak i dzieci przedmiotem analizy jest „wewnętrzne dziecko” pacjenta³⁵. Różne są jedynie metody pracy z dziećmi i dorosłymi. Z dorosłymi pracuje się metodą wolnych skojarzeń, natomiast

³² C. Feltham, I. Horton: *Psychoterapia i poradnictwo*. Przeł. J. Bartosik et al. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2013, s. 308.

³³ P. Miszewski: *Znaczenie superwizji w procesie psychoterapii*. „Psychoterapia Psychodynamiczna” 2015, nr 2.

³⁴ A. Seredyńska: *Zastosowanie psychoterapii psychodynamicznej w opiece, wychowaniu i resocjalizacji*. Kraków: Akademia Ignatianum-Wydawnictwo WAM, 2012.

³⁵ M. Klein: *Pisma. T. 2: Psychoanaliza dzieci*. Przeł. M. Lipińska, M. Żylicz, H. Grzegółowska-Klarkowska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2007.

do pracy z dziećmi Melanie Klein stworzyła własną metodę, nazwaną „techniką zabawową”³⁶. Badaczka uważała również, że mechanizm wyparcia u dzieci jest słabszy niż u dorosłych, co umożliwia dzieciom wgląd w siebie, nawet większy niż dorosłym. Anna Freud była zdania, że wiedzę analityczną można wykorzystywać w procesie wychowawczym w celu wspierania prawidłowego rozwoju dziecka, a psychoterapia powinna być stosowana wobec dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju. Biorąc pod uwagę różne podejścia do wykorzystywania teorii psychodynamicznych w terapii dzieci i młodzieży, można przyjąć, że psychoterapia dzieci i młodzieży polega na wspieraniu ich w rozwoju, pomaganiu im w kryzysach rozwojowych oraz zaplanowaniu intencjonalnej interwencji psychoterapeutycznej dostosowanej do określonych potrzeb i problemów dziecka³⁷.

Dzieci i młodzież doświadczają oporu, który jest typowy dla dorosłych pacjentów, ale mogą rozwijać również formy oporu typowe dla własnego rozwoju³⁸. Zdaniem Anny Freud, terapia dzieci jest przeważnie trudniejsza niż terapia dorosłych pacjentów ze względu na to, że dziecko zazwyczaj nie podejmuje psychoterapii z własnej woli³⁹. Przykłady terapeutyczne oraz cele terapii są ustalane z rodzicami lub opiekunami dziecka. Mały pacjent może wyrażać opór wobec leczenia, gdyż może nie odczuwać potrzeby zmiany swojego zachowania; w poczuciu dziecka cele terapii mogą być inne niż cele dorosłych. Na przykład celem rodziców jest organiczenie zachowań agresywnych dziecka w domu i szkole, a celem dziecka – zdobycie zainteresowania dorosłych i rówieśników, które dziecko otrzymuje dzięki problemowym zachowaniom. Ponadto dzieci mają mniejszą tolerancję na frustrację niż dorośli, co wynika z relacji przeniesieniowej, oraz mniejszą zdolność do radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami, które towarzyszą psychoterapii. Częściej zamiast werbalizować swoje napięcia odreagowują je w działaniu, na przykład poprzez agresję⁴⁰.

Opór rodziców wobec terapii dziecka często rozpoczyna się jeszcze przed podjęciem terapii. Uczestnictwo dziecka w terapii w pewnym sensie podaje w wątpliwość kompetencje rodzicielskie opiekunów, a także naraża ich na ujawnienie tajemnic rodzinnych oraz własnych problemów psychicznych. Rodzice mogą przeżywać zazdrość o emo-

³⁶ Ibidem.

³⁷ M. Wilk: *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2014.

³⁸ A. Freud: *Normality and Pathology in Childhood. Assessments of Development*. London: The Hogarth Press, 1966.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Ibidem.

cjonalną bliskość dziecka z terapeutą. Opór rodziców wobec terapii dziecka może mieć charakter ambiwalentny. Z jednej strony rodzice chcą zdrowia dziecka, z drugiej jednak nieświadomie mogą hamować zmiany w rodzinie i utrzymywać dotychczasowy układ rodzinny przez wzmacnianie pozycji dziecka w roli „chorego”⁴¹. Wielu rodziców obawia się separacji psychicznej dziecka w wyniku terapii i utraty kontroli nad nim⁴². Przykład pracy własnej ilustruje opór rodzica wobec terapii dziecka.

Przykład

Matka 8-letniego chłopca z zachowaniami agresywnymi wobec dorosłych i rówieśników wyrażała wątpliwości co do sensowności podjęcia terapii przez syna. Często wchodziła do gabinetu, przerywając sesje terapeutyczne i sprawdzając, co terapeutka robi z synem. W ten sposób utrudniała terapeutce nawiązanie relacji terapeutycznej z chłopcem i pracę z nim. W tym samym czasie chłopiec mówił o tęsknocie za ojcem, z którym nie mieszkał, i potrzebie częstego spotykania się z nim. Matka chłopca była przeciwna tym spotkaniom, uważała, że ojciec nie jest w stanie należycie zająć się synem. Opór matki wobec terapii związany był z separacją psychiczną syna i nawiązywaniem bliskich relacji dziecka z innymi osobami, jak terapeutka i ojciec. Ponadto matka obawiała się, że uczestnictwo syna w psychoterapii spowoduje zmiany w rodzinie – zwiększy udział ojca w wychowaniu syna.

Efektem silnego oporu rodziców wobec terapii dziecka może być jej sabotowanie lub wycofanie dziecka z terapii. Psychoterapeuta pracujący z dzieckiem powinien być w kontakcie z rodzicami lub innymi opiekunami, stworzyć z nimi przymierze terapeutyczne oraz zawrzeć kontrakt terapeutyczny zapewniający ochronę terapii dziecka. Terapeuta współpracujący z rodzicami powinien oferować im psychoedukację na temat kryzysów rozwojowych dziecka oraz wsparcie w rozumieniu zachowań dziecka i tworzeniu konstruktywnego środowiska wychowawczego⁴³. Należy pamiętać, że psychoterapia dzieci nie jest równoczesną terapią ich rodziców. W niektórych przypadkach wskazane jest, aby rodzice byli w stałym kontakcie z innym psychologiem

⁴¹ M. Zalewska, K. Schier: *Psychoterapia dzieci i młodzieży*. W: *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki*. Red. L. Grzesiuk. Warszawa: Ene-teia, 2006.

⁴² K. Schier: *Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych, 2000.

⁴³ M. Wilk: *Diagnoza w socjoterapii...*

lub psychoterapeutą. Gdy terapeuta dostrzega dysfunkcje systemu rodzinnego, zalecana jest terapia rodzina, równoważna z indywidualną terapią dziecka lub adolescenta⁴⁴.

Opór w psychoterapii psychodynamicznej młodzieży

Terapeuta pracujący z adolescentem może doświadczyć specyficznych dla okresu dorastania zachowań wyrażających opór wobec terapii. Okres adolescencji to przede wszystkim czas poszukiwania własnej tożsamości, ta natomiast kształtuje się poprzez eksperymentowanie z nowymi zachowaniami. Dużą rolę w procesie poszukiwania własnej tożsamości oraz separowania się od rodziców odgrywa bunt młodzieńczy⁴⁵. Osoba dorastająca odczuwa potrzebę przeciwstawiania się dorosłym. Brak możliwości zbuntowania się w rodzinie może być jedną z przyczyn występowania zaburzeń emocjonalnych u młodzieży⁴⁶. Potrzeba zbuntowania się może być realizowana w procesie psychoterapii poprzez: uporczywe milczenie adolescenta, brak współpracy oraz podważanie każdej interwencji terapeuty. Empatyczne rozumienie „buntu” adolescenta oraz stosowanie odpowiednich interwencji terapeutycznych wobec wnoszonych przez niego problemów przybliży młodego pacjenta do uruchomienia zahamowanych wcześniej procesów rozwojowych. Stosowanie techniki klaryfikacji skomplikowanych uczuć nastolatka oraz konfrontowanie go z zachowaniami wobec rodziców, nauczycieli i rówieśników powala mu na lepsze rozumienie samego siebie i konstruktywne budowanie tożsamości. Doświadczenie radzenia sobie z trudnymi emocjami i „wytrzymywanie” buntu nastolatka przez terapeuta jest korektywnym doświadczeniem adolescenta w relacji z dorosłymi. Świadczy o tym, że dorosły – terapeuta – stanowi oparcie w rozwoju i nie odrzuca pacjenta w kryzysie dorastania.

Kluczową rolę w pracy z oporem w psychoterapii młodzieży odgrywa superwizja pracy terapeutycznej oraz równoczesna z terapią indywidualną adolescenta współpraca z rodziną. Superwizja pracy terapeutycznej z adolescentem pozwala na analizę skomplikowanych zależności przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych między terapeutą,

⁴⁴ I. Namysłowska: *Terapia rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.

⁴⁵ A. Oleszkowicz, A. Senejko: *Psychologia dorastania*. Warszawa: PWN, 2015.

⁴⁶ W. Pawliczuk: *Poradnictwo psychologiczne w okresie adolescencji*. W: *Poradnictwo psychologiczne*. Red. C. Czabała, S. Kulczyńska. Warszawa: PWN, 2015.

adolescentem i jego opiekunami⁴⁷. Ważnym aspektem superwizji jest możliwość odreagowania przez terapeutę trudnych emocji doświadczanych w relacji z adolescentami w kryzysie i ich rodzinami.

Praca terapeutyczna z rodziną polega na: edukowaniu rodziców na temat kryzysu dorastania, wspieraniu rodziców w rozumieniu nastolatka, wzmacnianiu zachowań opiekunów, które są korzystne dla oczekiwanej zmiany zachowania nastolatka. Gdy problemy adolescenta pełnią konkretną funkcję w rodzinie, terapeuta powinien zalecić rodzinie lub jednemu z rodziców terapię indywidualną⁴⁸.

Podsumowanie

W niniejszym artykule przedstawiono rozumienie oporu i możliwości pracy z oporem w procesie psychoterapii psychodynamicznej osób dorosłych, dzieci i młodzieży. Szczególnie ważne wydaje się zagadnienie oporu w pracy z dziećmi i młodzieżą oraz ich rodzinami. Wielu oddziaływaniom pedagogicznym i resocjalizacyjnym towarzyszą oddziaływania terapeutyczne. Rozumienie procesów zachodzących w psychoterapii przez różnych specjalistów pracujących w systemie nauczania, wychowania i opieki zdrowotnej zapewnia lepszą współpracę na rzecz dziecka i rodziny.

Poruszone aspekty teorii psychodynamicznej związane z zagadnieniem oporu oraz elementy pracy z oporem mogą być wykorzystywane w diagnozie i pracy pedagogicznej oraz opiekuńczej. Wybrane narzędzia pracy z oporem: superwizja, empatyczne zrozumienie tego, co kryje się za zachowaniami oporowymi, komunikowanie oporu przez interwencje terapeutyczne, mogą stanowić inspirację w rozwiązywaniu trudnych sytuacji w pracy wychowawczej.

Bibliografia

- Bomba J.: *Psychoterapia indywidualna w leczeniu dzieci i młodzieży*. W: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*. Red. I. Namysłowska. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2000.
- Cooper M.: *Efektywność psychoterapii*. Przeł. A. Wilkin-Day. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2010.

⁴⁷ M. Zalewska, K. Schier: *Psychoterapia dzieci i młodzieży...*

⁴⁸ J. Bomba: *Psychoterapia indywidualna w leczeniu dzieci i młodzieży*. W: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*. Red. I. Namysłowska. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2000.

- Feltham C., Horton I.: *Psychoterapia i poradnictwo*. Przeł. J. Bartosik et al. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2013.
- Phanér S.: *Słownik psychoanalizy*. Przeł. J. Kubitsky. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1996.
- Freud A.: *Normality and Pathology in Childhood. Assessments of Development*. London: Hogarth Press, 1966.
- Freud Z.: *Dwie nerwice dziecięce*. Przeł. R. Reszke. Warszawa: Wydawnictwo KR, 2000.
- Freud Z.: *Technika terapii*. Przeł. R. Reszke. Warszawa. Kraków: Wydawnictwo KR, 2007.
- Gabbard G.O.: *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna. Wprowadzenie*. Przeł. W. Turopolski. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2010.
- Grzesiuk L.: *Procesy i zjawiska w psychoterapii*. W: *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*. Red. M. Grzesiuk, H. Suszek. Warszawa: Eneteia, 2005.
- Klein M.: *Pisma. T. 2: Psychoanaliza dzieci*. Przeł. M. Lipińska, M. Żylicz, H. Grzegowska-Klarkowska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2007.
- Kottler J.A.: *Opór w psychoterapii*. Przeł. A. Rozwadowska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2003.
- Kuter P.: *Współczesna psychoanaliza*. Przeł. A. Ubertowska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000.
- McWilliams N.: *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*. Przeł. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2012.
- McWilliams N.: *Psychoterapia psychoanalityczna. Poradnik praktyka*. Przeł. A. Sawicka-Chrapkiewicz. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, 2011.
- Miszewski P.: *Znaczenie superwizji w procesie psychoterapii*. „Psychoterapia Psychodynamiczna” 2015, nr 2.
- Namysłowska I.: *Terapia rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
- Nieniewska M., Kokoszka A.: *Psychoanalityczna psychoterapia wglądowa*. W: *Wprowadzenie do psychoterapii*. Red. A. Kokoszka, P. Drozdowski. Kraków: Akademia Medyczna im. Mikołaja Kopernika w Krakowie, 1993.
- Oleszkowicz A., Senejko A.: *Psychologia dorastania*. Warszawa: PWN, 2015.
- Olson T.R. et al.: *Addressing and Interpreting Defense Mechanisms in Psychotherapy. General Considerations*. „Psychiatry” 2011, vol. 2 (74).

- O t a n i A.: *Client Resistance in Counseling. Its Theoretical Rationale and Taxonomic Classification*. „Journal of Counseling and Development” 1989, vol. 67.
- P a w l i c z u k W.: *Poradnictwo psychologiczne w okresie adolescencji*. W: *Poradnictwo psychologiczne*. Red. C. C z a b a ł a, S. K u l c z y ń s k a. Warszawa: PWN, 2015.
- S c h i e r K.: *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2014.
- S c h i e r K.: *Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych, 2000.
- S e r e d y ń s k a A.: *Mechanizmy obronne w diagnozie psychodynamicznej i pedagogicznej*. Kraków: Akademia Ignatianum–Wydawnictwo WAM, 2015.
- S e r e d y ń s k a A.: *Zastosowanie psychoterapii psychodynamicznej w opiece, wychowaniu i resocjalizacji*. Kraków: Akademia Ignatianum–Wydawnictwo WAM, 2012.
- S u m m e r s R.F., B a r b e r J.B.: *Teoria psychodynamiczna w praktyce. Studia przypadków*. Przeł. J. G i l e w i c z. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2016.
- W a l e w s k a K.: *Dziecko w terapii psychoanalitycznej*. W: *Dziecko w terapii*. Red. K. W a l e w s k a. Warszawa: MediPage Sp. z o.o., 2008.
- W i l k M.: *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2014.
- Z a l e w s k a M., S c h i e r K.: *Psychoterapia dzieci i młodzieży*. W: *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki*. Red. L. G r z e s i u k. Warszawa: Eneteia, 2006.

Aleksandra Wieteska

The Resistance in the Psychotherapy of the Adults, Children and Adolescents

Summary: Contemporary, there is a constant need of having therapeutic knowledge among pedagogues and other specialists who support the development of adults, children and adolescents. This process is accompanied by the increase of awareness of different phenomena in the therapies and popularisation of psychoanalytic terms in the pedagogic praxis and social filed. The article presents the way of the resistance understanding in the process of psychodynamic psychotherapy of adults, children and adolescents and possibility of working over resistance – from the resistance source to the application of therapeutic techniques and control analysis usage.

Key words: resistance, psychotherapy of children and adolescents, defence mechanisms, control analysis

Aleksandra Wieteska

Der Widerstand gegen psychodynamische Therapie von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen

Zusammenfassung: Heutzutage erfordert man von den Lehrern und anderen Spezialisten, die sich um die Entwicklung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen kümmern, bestimmte therapeutische Kenntnisse. Außerdem ist man sich dessen bewusst, dass man im therapeutischen Prozess mit verschiedenen Phänomenen zu tun hat, und psychoanalytische Termini werden in pädagogischer Praxis und im öffentlichen Raum auch immer mehr verbreitet. Im vorliegenden Beitrag wird die Verständnis von dem Widerstand im Prozess der psychodynamischen Psychotherapie von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, als auch die Möglichkeiten der Widerstandsüberwindung dargestellt – von der Verständnis von Widerstandsgründen, über die Anwendung von therapeutischen Techniken bis zur Benutzung der Supervision.

Schlüsselwörter: Widerstand, Psychotherapie von Kindern u. Jugendlichen, Verteidigungsmechanismen, Supervision